DES

APHASIES TRANSITOIRES

N° 47
10

DES

APHASIES TRANSITOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 juin 1907

PAR

Basile PAILLÉS
Né à Malviès (Aude), le 31 juillet 1880

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
LIBRARY

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur
7, Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (✻).
Chimie médicale.....		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie.....		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS.
Opérations et appareils.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....		SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....		N...
Clinique gynécologique.....		DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....		PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..		JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé.*
BOSC, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE HENRI PAILLÉS

B. PAILLÉS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

B. PAILLÉS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VEDEL

CHARGÉ DE LA CLINIQUE ANNEXE DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

A TOUS MES MAITRES

B. PAILLÉS.

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

B. PAILLÉS.

AVANT-PROPOS

Parvenu à la fin de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir donner à nos Maîtres une preuve publique de notre vive reconnaissance.

Nous ne saurions ici oublier le nom de M. le professeur Grasset : son service à l'Hôpital Suburbain est un de ceux que nous avons le plus fréquemment suivi pendant nôtre vie d'étudiant. Ses leçons ont toujours été pour nous du plus vif intérêt et ont contribué pour une très grande part à faire notre instruction médicale : qu'il reçoive l'expression de notre profonde gratitude.

M. le professeur Rauzier nous a donné l'idée de notre thèse et aujourd'hui il nous fait le très grand honneur d'en accepter la présidence : nous ne pourrons lui témoigner jamais assez notre reconnaissance. Nous avons été son élève assidu ; il nous a inculqué les premières notions de médecine et grâce à ses conseils et à son enseignement les études médicales nous ont semblé douces et agréables. Ses leçons, éminemment pratiques, de thérapeutique clinique nous seront

d'un très grand secours dans notre clientèle : nous nous en souviendrons dans les cas difficiles.

M. le professeur Bosc a bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse : nous garderons de lui et de son enseignement un précieux souvenir.

Mme le docteur Gaussel nous a communiqué deux observations personnelles d'aphasie transitoire : nous sommes heureux de l'en remercier.

Que nos amis et camarades d'études reçoivent l'expression de toute notre sympathie.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, dans le service de notre maître M. le professeur Rauzier, d'observer un cas d'aphasie transitoire par artérite syphilitique, nous avons fait, sur ses conseils, des aphasies transitoires le sujet de notre thèse.

Après avoir fait l'historique de l'aphasie et en avoir donné la définition, nous établissons la nature des aphasies transitoires. Nous nous sommes efforcé de démontrer que les aphasies transitoires sont souvent dues à l'hystérie, à la syphilis, aux maladies infectieuses et aux intoxications. Ces différents facteurs agissent, sauf l'hystérie, en produisant l'artérite et l'artério-sclérose, cause fréquente du curieux phénomène que M. le professeur Grasset a décrit sous le nom de « claudication intermittente du cerveau. »

Dans les divers chapitres de symptomatologie, de diagnostic, de pronostic et de traitement, nous tâchons de montrer comment les aphasies transitoires se révèlent à nous et comment on peut arriver à les distinguer les unes des autres. Le pronostic de par leur étiologie est toujours grave quand il y a altération vasculaire, et le traitement, qui sera surtout moral chez les hystériques, devra, dans tous les cas, s'adresser à la cause. Les aphasies transitoires organiques étant bien souvent le prélude du ramollissement cérébral, nous ferons toujours œuvre utile en les traitant convenablement et sans perdre du temps.

HISTORIQUE — DÉFINITION

Une vieille et injuste coutume fait remonter à Broca l'histoire de l'aphasie. Sans avoir la prétention de diminuer en quoi que ce soit le mérite de cet auteur, il est, croyons-nous, de notre devoir, de faire retomber une parcelle de gloire sur un médecin méridional, resté un peu trop dans l'oubli, et qui, vers 1830, exerçait sa profession dans la petite ville de Sommières.

C'est à Dax, en effet, que revient le grand mérite d'avoir, en 1836, époque où les vérifications anatomiques étaient peu nombreuses, fait remarquer que l'aphasie coïncide presque toujours avec une hémiplégie droite et une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau.

En 1861, Broca rapportant l'observation de deux malades, estime que l'exercice de la faculté du langage articulé nécessite l'intégrité de la troisième et peut-être de la deuxième frontale.

En 1865, se basant sur une vingtaine d'observations, il affirme que chez les droitiers, la fonction du langage siège dans la partie postérieure ou pied de la troisième circonvolution frontale gauche, et que chez les gauchers elle siègera vraisemblablement à droite.

Dax a donc découvert l'hémisphère gauche, et Broca le point précis sur cet hémisphère.

Une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche entraîne donc des troubles du langage désignés par Broca sous le nom d'aphémie.

Le malade, dans ce cas, sait ce qu'il veut dire, mais ne peut arriver à s'exprimer malgré l'intégrité absolue de ses organes phonateurs.

Le mot d'aphémie proposé par Broca ne persiste pas longtemps, et, à la suite de Trousseau, est remplacé par celui d'aphasie, qui englobe dans son ensemble tous les troubles du langage quels qu'ils soient, et l'aphémie de Broca devient l'aphasie motrice.

En 1874, Wernicke décrit sous le nom d'aphasie sensorielle une autre variété d'aphasie : il a remarqué que certains malades, outre les troubles de la parole, ne comprennent pas ce qu'on leur dit et sont incapables de lire, malgré que l'ouïe et la vue aient conservé leur acuité normale.

Ces malades, en effet, se retournent au moindre bruit et voient les plus petits objets : ce ne sont ni des sourds ni des aveugles. Wernicke place la lésion capable de produire des troubles semblables dans la partie postérieure de la première temporale gauche.

Cet état de choses ne dure pas longtemps et, en 1876, Kussmaül, fait une division de l'aphasie sensorielle. Au premier de ces troubles il donne le nom de surdité verbale et il en place le siège dans la partie postérieure de la première temporale gauche et le second devient la cécité verbale dont la localisation dans le pli courbe revient à Déjerine en 1881.

Certains malades, outre les troubles précédents, en présentent encore du côté de l'écriture : ils sont incapables d'écrire, soit spontanément, soit sous la dictée ; ils sont atteints d'agraphie.

Exner, en 1881, place dans le pied de la deuxième frontale gauche le centre de l'écriture qui est nié par Wernicke et par Déjerine.

Nous sommes donc maintenant en présence de deux sortes d'aphasies, l'aphasie sensorielle comprenant la surdité et la cécité verbales et, l'aphasie motrice, représentée par l'aphémie de Broca et l'agraphie.

Lichteim, en 1885, admet un centre de l'idéation et arrive à décrire sept formes d'aphasie.

Les travaux de Charcot et de ses élèves paraissent à partir de 1883. Charcot admet les théories de Wernicke et de Kussmaül tout en les complétant : pour lui, il existe quatre centres du langage : « Les uns sont des centres de réception où s'emmagasinent les images visuelles ou auditives, les autres des centres de transmission qui transmettent aux centres moteurs proprement dits les ordres musculaires nécessaires à la production de la parole ou de l'écriture. Les premiers, comme le dit Brissaud, sont des centres sensoriels spéciaux ou spécialisés ; leur destruction entraîne une aphasie sensorielle (aphasie de réception). Les seconds ne sont ni des centres sensoriels ni des centres moteurs à proprement parler. Ils seraient plutôt moteurs mais spécialisés en ce sens qu'ils gardent les souvenirs des mouvements à exécuter dans le langage parlé ou écrit : et comme ils tiennent sous leur dépendance immédiate des centres moteurs, ils ne manifestent leur existence que par des mouvements. Aussi, dit-on que leur destruction produit une aphasie motrice (aphasie de transmission) ».

Les quatre centres du langage sont réunis les uns aux autres par des fibres commissurales, d'où une autre division des différents modes de l'aphasie en aphasie corticale et aphasie sous-corticale. Dans le premier cas, chacun des centres corticaux pourra être détruit, et dans le second la des-

truction portera sur les fibres de communication des divers centres entre eux.

Freud nie l'existence des centres corticaux du langage ; il admet simplement une zone du langage et toutes les aphasies sont dues à des lésions des fibres blanches.

M. Mirallié, en 1896, reproduisant les idées de son maître Déjerine, accepte les conclusions de Freud : il pense qu'il n'existe qu'une zone unique du langage, mais dans cette zone il admet trois centres corticaux : le centre moteur d'articulation, le centre auditif et le centre visuel que Déjerine, d'ailleurs, a localisé dans le pli courbe et il rejette l'existence d'un centre des images graphiques motrices. Les aphasies résultant d'une lésion corticale de la zone du langage seront les aphasies vraies et celles qui résulteront d'une lésion des fibres d'association unissant entre eux les divers points de cette zone seront les aphasies pures.

Notre maître, M. le professeur Grasset, dans ses leçons cliniques sur les diverses variétés d'aphasie, en 1896, admet, comme Charcot, les quatre centres du langage. Tous ces centres sont réunis entre eux par les fibres commissurales et sont, en outre, en relation avec un nouveau centre, celui de l'idéation qu'il place, un peu théoriquement, comme il le dit lui-même, dans l'écorce du lobe antérieur (région préfrontale). A l'aide de ces différents centres corticaux et d'un schéma fort ingénieux qui n'est nullement et exclusivement théorique, comme le dit M. Pierre Marie, mais qui est bien « la résultante et l'expression des faits », il arrive à nous expliquer la physiologie du langage et à nous décrire les différentes formes d'aphasie que l'on peut rencontrer en clinique et qu'il divise en aphasies corticales, sous-corticales, sus-corticales et trans-corticales, subdivisées elles-mêmes chacune en quatre variétés.

M. Bernheim F. en 1900, dans sa thèse inaugurale, se basant sur plusieurs observations, trouve un peu trop étroite

la localisation de l'aphasie motrice ou aphémie au pied de la troisième frontale gauche. « Peut-être, dit-il, le domaine de l'aphasie motrice, cantonné jusqu'ici au pied de la troisième frontale gauche, comprendra-t-il aussi la base de la deuxième frontale et l'insula, surtout au niveau du sillon marginal antérieur ».

Les prévisions de Bernheim paraissent en ce moment s'être réalisées et les lésions de l'insula sont, semble-t-il, susceptibles de donner lieu à l'aphasie motrice.

Malgré cette plus grande étendue accordée à la localisation de Broca, l'accord n'est pas encore complet sur ce point.

M. Pierre Marie, en effet, est allé tout récemment encore, dans la discussion du 8 novembre 1906, à la Société de neurologie et dans divers articles parus dans la *Semaine médicale* de 1906, auxquels M. Grasset a répondu dans la *Revue de philosophie* de 1906, jusqu'à nier toute localisation de l'aphasie motrice. Pour lui « la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage » ; il rejette la partie antérieure de la zone du langage et ne conserve que la partie postérieure, c'est-à-dire la zone de Wernicke (gyrus supramarginalis, pli courbe et pieds des deux premières temporales.)

Il résulte de cet historique, un peu rapide sans doute, que les auteurs sont loin de s'entendre sur l'étude des aphasies. Quoiqu'il en soit le territoire cortical, dont la lésion entraîne l'aphasie, reste toujours situé dans l'hémisphère gauche pour les droitiers et dans l'hémisphère droit pour les gauchers. Ses limites ne sont pas encore franchement déterminées, mais on peut dire avec M. Mirullié « qu'il est situé le long de la scissure de Sylvius et qu'il décrit dans son ensemble une sorte de fer à cheval ouvert en haut, recevant dans sa concavité la partie inférieure de la zone psycho-motrice ». Il

comprend le pied des deuxième et troisième frontales, l'insula, la première temporale et le pli courbe.

En attendant que l'accord se fasse entre les auteurs sur la physiologie du langage et sur les localisations de ses différentes modalités, nous continuerons à diviser les aphasies en deux grands groupes : les aphasies motrices ou psycho-motrices d'une part, avec l'agraphie localisée au pied de la deuxième frontale gauche et l'aphasie motrice proprement dite ou aphémie de Charcot, dont le centre, situé dans la troisième frontale gauche, comprendra encore l'insula et les aphasies sensorielles ou psycho-sensorielles, d'autre part, avec la surdité et la cécité verbales localisées, la première dans la première circonvolution temporale gauche et la seconde dans le pli courbe.

Cet historique nous montre encore comment le terme aphasie a évolué depuis Broca jusqu'à nos jours. Au début, un aphasique était celui qui présentait seulement des troubles de la parole, aujourd'hui est aphasique quiconque présente des troubles du langage sous toutes ses formes.

L'aphasie ainsi comprise ne sera plus uniquement l'impossibilité de traduire la pensée par des mots, ni même par des signes; ce sera un « trouble du passage de l'idée au signe et un trouble du passage du signe à l'idée. »

« L'aphonie, dit M. Legroux, dans sa thèse d'agrégation de 1876, est un symptôme caractérisé par la diminution ou la perversion de la faculté normale d'exprimer les idées par des signes conventionnels, ou de comprendre ces signes, malgré la persistance d'un degré suffisant d'intelligence et malgré l'intégrité des appareils sensoriels, nerveux ou musculaires qui servent à l'expression ou à la perception de ces signes. »

Avec notre maître, M. le professeur Grasset, l'aphasie « c'est l'ensemble des troubles qui portent sur la *facultas*

signatrix, c'est-à-dire sur la fonction par laquelle l'homme passe de l'idée au mot ou du mot à l'idée ; c'est le trouble de la fonction qui est intermédiaire entre la faculté de conception et de compréhension, d'une part, et la faculté d'expression, de l'autre ; c'est le trouble de la fonction par laquelle nous passons dans le langage du subjectif à l'objectif ou de l'objectif au subjectif. »

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

L'aphasie transitoire était pour Mauriac, en 1876, presque toujours, sinon toujours, une manifestation syphilitique.

St-H. Serre, en 1881, se place à un autre point de vue et, sans nier l'existence des aphasies syphilitiques intermittentes, fait de l'aphasie transitoire l'équivalent de l'aphasie nerveuse. Pour lui, du moment que l'aphasie est transitoire, c'est que nous n'avons aucune lésion, que nous avons affaire simplement à une manifestation névropathique, liée le plus souvent à l'hystérie ou à un état de nervosisme particulier se rapprochant beaucoup de cette névrose.

Ces deux opinions, diamétralement opposées, se basant sur des faits très bien observés, renferment chacune une grande part de vérité et, si elles ont le défaut l'une et l'autre d'être trop exclusives, elles n'en ont pas moins le mérite d'avoir contribué à éclairer l'étiologie de l'aphasie transitoire.

L'aphasie transitoire, en effet, peut être et est souvent d'origine syphilitique ; elle est souvent encore liée à l'hystérie, mais ce n'en sont pas là les deux seules causes. Depuis Mauriac et Serre, l'étiologie des aphasies transitoires a fait de grands progrès et les causes capables de produire ce trouble passager du langage sont nombreuses ; nous allons tâcher de

les examiner successivement et de voir par quel mécanisme elles peuvent agir.

I. *Hystérie et maladies diverses agissant sans altération vasculaire.* — L'hystérie, cette grande simulatrice, comme on l'a appelée, est, selon l'opinion de Serre, une cause assez fréquente d'aphasie transitoire, et Mlle Gita Aron, dans sa thèse de 1900 sur l'aphasie hystérique, a pu recueillir de nombreux cas où on ne peut vraiment pas douter de l'origine hystérique de l'aphasie.

Comment cette névrose agit-elle pour provoquer la perte momentanée de la parole ou de toute autre faculté du langage ? Voilà le point où l'on entre dans le domaine des hypothèses. Evidemment, nous n'avons pas de lésion des centres nerveux. Les troubles vaso-moteurs des hystériques sont fréquents et bien connus ; aussi, est-ce de ce côté que les auteurs se sont portés pour expliquer l'aphasie transitoire. Certains admettent dans ce cas une congestion passagère de l'encéphale localisée à la zone du langage. D'autres, au lieu de cette hyperhémie, font intervenir l'anémie due à un spasme plus ou moins long des capillaires du cerveau.

Trousseau pense que le plus souvent on a affaire à de petites hémorragies cérébrales guérissant rapidement et dont il a constaté les traces sur différents cerveaux. Cette opinion fort attrayante ne peut guère, pensons-nous, être acceptée. Comment admettre, en effet, la guérison rapide et brusque d'un foyer hémorragique, pour si petit soit-il, car l'aphasie hystérique guérit le plus souvent tout d'un coup, alors qu'on s'y attend le moins et à l'occasion d'une cause quelconque ?

Nous pensons au contraire que l'aphasie transitoire hystérique est due à un trouble passager de la circulation cérébrale portant sur un point quelconque de la zone du langage

et se traduisant tantôt par de l'hyperhémie tantôt par de l'ischémie résultant elle-même d'un spasme vasculaire.

C'est probablement par le même mécanisme qu'agiront l'épilepsie, la migraine ophtalmique (Charcot), la chorée. L'helminthiase, cause fréquente de convulsions chez les enfants, pourra provoquer d'autres troubles nerveux et parmi eux l'aphasie transitoire. Elle agira par action réflexe en déterminant des poussées congestives ou de l'anémie passagère du côté de l'encéphale.

L'œdème cérébral en déterminant de la compression pourra, lui aussi, être cause d'aphasie transitoire.

Nous savons que lorsque, sous l'influence d'une cause quelconque, il se produit une lésion limitée en un point de notre organisme, les tissus de voisinage s'enflamment et réagissent en se congestionnant. Il se produit le même phénomène dans le cerveau et si nous admettons une tumeur cérébrale de quelque nature qu'elle soit, ou un foyer de nécrobiose dû, par exemple, à une thrombose ou à une embolie et situé dans l'écorce cérébrale, au voisinage de la zone du langage, nous comprendrons qu'il puisse en résulter une ou plusieurs poussées de congestion dans cette zone, entraînant une des différentes formes d'aphasie transitoire.

La congestion cérébrale pure, pourra évidemment elle-même, d'après ce que nous venons de dire, donner aussi naissance à des troubles passagers du langage que nous pouvons encore rencontrer dans les maladies de l'encéphale s'accompagnant de poussées congestives et dont la plus typique est la paralysie générale ou méningo-encéphalite diffuse progressive.

II. *Maladies agissant par altération vasculaire : Fièvres éruptives ; maladies infectieuses ; syphilis.* — Les causes que nous venons de passer en revue, l'hystérie mise à part, bien

qu'ayant été signalées à diverses reprises, n'en constituent pas moins des exceptions. Elles agissent toutes par le même mécanisme lié le plus souvent à la congestion et quelquefois à l'anémie.

Celles dont nous allons nous occuper maintenant peuvent frapper le cerveau et donner naissance à l'aphasie transitoire de différentes façons mais, le plus souvent, tandis que précédemment nous n'avions aucune lésion, elles agiront en s'attaquant au système vasculaire ; elles seront de puissants facteurs d'artério-sclérose et créeront l'artérite localisée, origine très fréquente des aphasies intermittentes.

Les fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine) et les maladies infectieuses comme la dothiénentérie et la pneumonie, par exemple, ont été souvent signalées comme pouvant donner lieu à de l'aphasie transitoire.

Vaillard et Vincent ont retrouvé le bacille d'Eberth dans la pulpe cérébrale. L'aphasie est-elle donc, comme le pense Hanot à la Société médicale des hôpitaux le 27 mars 1896, due à l'action des microbes ou de leurs toxines sur les centres nerveux? C'est là encore une hypothèse, vraisemblable sans doute, mais qui n'en reste pas moins une simple hypothèse.

Ces diverses maladies qui peuvent encore agir par congestion sont aussi capables, sous l'influence soit des microbes, soit plus vraisemblablement des toxines contenues dans le sang, de produire en un point localisé du cerveau, sur la tunique interne d'une artériole, un processus inflammatoire qui donnera lieu à une artérite. La lumière du vaisseau sera ainsi diminuée et un léger spasme provoqué par les toxines elles-mêmes entraînera une ischémie plus ou moins durable et par suite une aphasie transitoire.

Parmi les maladies infectieuses il en est une au premier chef capable de produire des troubles passagers du langage

et que Mauriac disait, en 1876, être la seule et unique cause des aphasies transitoires : c'est la syphilis.

Mauriac, dans ses leçons sur l'aphasie intermittente syphilitique faites à l'occasion de deux observations que nous reproduisons à la fin de notre thèse, avait peut-être tort de faire de l'aphasie transitoire presque toujours l'équivalent de l'aphasie syphilitique. Il n'en reste pas moins vrai, cependant, qu'en présence d'une aphasie passagère, nous devons toujours penser à la spécificité.

La syphilis, en effet, est souvent en cause et elle l'est d'autant plus, qu'elle peut agir de différentes manières. Elle peut, comme le pense Mauriac, être l'origine d'une hyperplasie syphilitique des méninges, située sur une partie de la zone du langage. Cette hyperplasie peut par condensation aboutir à une sorte de tumeur, exerçant de la compression sur le cerveau et entraînant une congestion passagère et intermittente, d'où, dans l'observation n° 2 la forme intermittente du début. Plus tard des adhérences se forment : la substance cérébrale a tendance à se désorganiser et les crises d'aphasie et d'hémiplégie droite, d'intermittentes qu'elles étaient, deviennent permanentes.

Cette explication est certainement admissible, mais nous pensons que le plus souvent la spécificité agira par un mécanisme plus simple : l'artérite. L'artérite, en effet, est une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis. Nous savons encore que l'artérite syphilitique se rencontre surtout dans les artérioles cérébrales et est souvent cause d'hémorrhagie ou de ramollissement. Au début, si nous admettons que l'artérite siège sur une des ramifications de la sylvienne gauche, par exemple, alors que la lumière du vaisseau n'est pas complètement oblitérée, il pourra se produire des spasmes qui entraîneront l'ischémie passagère d'un point de la zone du langage et par suite une aphasie transitoire. Plus

tard, la lumière du vaisseau tendra à s'oblitérer, un thrombus pourra même s'organiser et il en résultera une ischémie durable donnant naissance (observation n° 2) à l'aphasie permanente et au ramollissement cérébral.

III. *Intoxications et auto-intoxications.* — Enfin comme dernières causes très fréquentes d'aphasie transitoire, nous devons signaler les intoxications proprement dites (alcool, plomb, tabac) et les auto-intoxications (urémie, grossesses répétées, diathèse arthritique).

Chéreau, dans sa thèse de 1894 sur l'aphasie transitoire des fumeurs dit : « Cette aphasie est sous la dépendance d'une anémie cérébrale, due surtout à l'action de la nicotine sur les fibres lisses des petits vaisseaux. »

Hanot, à la Société médicale des hôpitaux, le 27 mars 1896, et à l'occasion d'un cas d'aphasie urémique observé par Rendu, dit : « que l'intoxication urémique, comme toutes les intoxications, peuvent produire l'aphasie en modifiant la nutrition des centres nerveux. »

Que les intoxications ou auto-intoxications agissent sur les fibres lisses des petits vaisseaux ou modifient la nutrition des centres nerveux, c'est incontestable ; mais si elles sont si souvent causes d'aphasie transitoire, c'est parce qu'elles sont de puissants facteurs d'artério-sclérose.

Notre maître, M. le professeur Rauzier, définit l'artério-sclérose : « Une altération plus ou moins généralisée du système vasculaire, sorte de dystrophie progressive caractérisée par l'épaississement, l'induration et la perte d'élasticité des parois des vaisseaux. »

Avant de provoquer l'artérite et cette altération généralisée du système vasculaire, les causes d'irritation, comme le dit Huchard, déterminent un spasme des artérioles, intermittent

au début, puis continu, dont le résultat est l'hypertension artérielle. Cette hypertension, en déterminant l'irritation et l'inflammation des vaisseaux, serait la cause de l'artério-sclérose.

Au début de la localisation de l'artério-sclérose sur un organe ou alors même que déjà l'artérite est constituée, les spasmes vasculaires interrompant momentanément la circulation dans cet organe entraîneront ce que M. le professeur Grasset, dans ses leçons cliniques de 1890 sur le vertige des artério-scléreux, appelle : « la claudication intermittente de l'organe. » Si le phénomène porte sur le cerveau et si le spasme se produit sur une des branches de la sylvienne gauche, irrigant une partie de la zone du langage, nous aurons la claudication intermittente du cerveau dont un des principaux signes sera l'aphasie transitoire et nous comprenons maintenant comment, par l'intermédiaire de l'artério-sclérose, les intoxications ou auto-intoxications peuvent être cause d'un trouble passager du langage.

IV. — Pour résumer cette étiologie, un peu compliquée, des aphasies transitoires, on voit que la plupart des causes peuvent agir de différentes façons, mais que le plus souvent elles agissent en produisant de l'ischémie passagère résultant d'un spasme de la sylvienne gauche ou de l'une de ses branches. Ce spasme, qui dans l'hystérie peut se produire sans lésion vasculaire, porte le plus souvent sur des vaisseaux atteints soit d'artérite localisée ou d'artério-sclérose généralisée.

Parmi les nombreuses causes capables de produire l'artério-sclérose, les plus importantes sont la syphilis, l'alcool, le tabac et la diathèse arthritique. Ce sont celles qui, le plus souvent, donneront naissance à « la claudication intermittente

du cerveau », et nous les rechercherons toutes les fois que nous nous trouverons en présence de ce curieux phénomène qui se traduira la plupart du temps par de l'aphasie transitoire.

SYMPTOMATOLOGIE

Les aphasies transitoires, bien qu'ayant, comme nous l'avons vu, des causes multiples peuvent par leur aspect clinique se diviser en deux catégories : les aphasies fonctionnelles ou hystériques et les aphasies organiques.

I. *Aphasies fonctionnelles.* — L'aphasie hystérique peut se montrer chez les hommes, mais elle atteint plus particulièrement les femmes ; elle a comme grande caractéristique la soudaineté de son apparition. Elle survient brusquement et atteint, dès le début, toute son intensité qu'elle conservera le plus souvent jusqu'à la disparition complète.

Habituellement, cette aphasie fonctionnelle ne vient pas sans motif ; la plupart du temps ce sera à l'occasion d'une frayeur, d'une contrariété quelconque, d'une joie ou, pour mieux dire, d'une émotion de quelque nature qu'elle soit.

D'ailleurs, cette émotion dont l'effet paraît si considérable, est souvent d'une bien minime importance et serait même passée inaperçue pour un sujet sain.

Cette disproportion entre la cause et l'effet se retrouve presque toujours quand on a affaire à une aphasie transitoire hystérique. Cette aphasie pourra se montrer enfin à l'occasion d'une apparition ou d'une suspension de règles et, signe

capital mais non absolu, elle s'installera, dans la grande majorité des cas, pendant ou après une crise d'hystérie.

La durée de l'aphasie transitoire hystérique, comme son nom l'indique, et puisque St H. Serre faisait de l'aphasie transitoire l'équivalent de l'aphasie hystérique, sera essentiellement passagère et variable. Elle disparaîtra, le plus souvent, presque aussitôt après son apparition, mais elle pourra durer des heures, des jours, des mois, des années même.

La marche de l'aphasie ne sera entrecoupée d'aucune amélioration; ou bien l'aphasique sera guéri ou bien il ne le sera pas. Il pourra recouvrer l'usage de la faculté du langage qui lui manque pour le reperdre aussitôt, et nous assisterons alors, pendant un temps plus ou moins long, à la succession des mêmes phénomènes.

D'autres fois, les crises d'aphasie seront plus espacées, les intervalles de guérison plus longs et l'aphasie pourra même ne se montrer qu'une seule fois.

Dans l'aphasie transitoire hystérique, nous l'avons dit plus haut, on voit habituellement le trouble plus ou moins marqué, se constituer d'emblée et atteindre d'un coup sa forme définitive. Il restera ainsi jusqu'au moment de la guérison, qui se produira brusquement, sans amélioration aucune et au moment où l'on s'y attend le moins. On a vu cette guérison se produire au réveil, pendant une crise d'hystérie ou à l'occasion d'un événement quelconque. Les causes qui ont produit l'aphasie peuvent aussi la faire disparaître.

Le type le plus fréquent d'aphasie transitoire que l'on rencontre chez les hystériques est sûrement l'aphémie de Charcot. Le malade a le plus souvent perdu la parole mais, bien rarement il est vrai, on peut rencontrer les autres formes et Mademoiselle Gita Aron cite deux observations où l'aphémie était accompagnée dans l'une de surdité verbale, dans l'autre de cécité verbale.

La présence d'une hémiplégie, d'une monoplégie ou de contractures musculaires, bien qu'étant beaucoup plus en faveur de l'aphasie organique, ne saurait être un signe distinctif ; l'hystérie, en effet, peut nous donner tous ces symptômes et les cas (observation n° 1) d'aphasie transitoire organique sans aucun trouble de la motilité, sont loin d'être rares.

Enfin, et c'est là le principal symptôme, l'aphasie transitoire hystérique se produit habituellement, sinon toujours, chez un névrosé et il nous sera facile de découvrir les signes caractéristiques de l'hystérie.

II. *Aphasies organiques.* — Si l'aphasie transitoire hystérique est l'apanage des femmes, l'aphasie transitoire organique semble au contraire se rencontrer plus souvent chez les hommes.

Son début peut être brusque et insidieux, mais souvent aussi le malade éprouve des symptômes précurseurs : tantôt il aura des céphalées, tantôt des vertiges et des fourmillements dans les jambes. L'aphasie pourra souvent se constituer d'emblée, mais souvent aussi elle pourra s'installer petit à petit et le malade se rendra compte qu'il perd progressivement une des facultés du langage.

L'aphasie transitoire organique surviendra généralement sans cause apparente ; dans les intoxications, cependant, elle sera précédée la plupart du temps d'une absorption plus grande de produits toxiques et dans l'intoxication tabagique en particulier, elle se manifestera, comme l'a très bien démontré Chéreau, à la suite d'un abus de tabac.

La durée de l'aphasie transitoire organique sera variable mais généralement elle sera assez courte et ne dépassera pas quelques heures. Nous comprendrions difficilement, en effet, de par sa nature même, une aphasie organique pouvant durer

des semaines et des mois. On a bien vu des malades atteints d'aphasie organique recouvrer la parole, par exemple, après un temps assez long, une année même, mais, dans ce cas, nous n'avons plus affaire à une aphasie transitoire mais bien à une aphasie permanente guérie et il y a eu tout simplement rééducation et suppléance de la part de l'hémisphère sain.

La guérison, loin de se faire brusquement, comme dans les aphasies transitoires hystériques, arrive ici progressivement. Dans le cas d'aphémie, par exemple, le malade commence à pouvoir dire quelques mots et ceux qu'il a l'occasion de prononcer souvent reviennent les premiers ; un peu plus tard, il éprouve seulement un peu d'embarras de la parole qui disparaît lentement à son tour sans laisser de trace. Le malade qui a fait l'objet de notre observation n° 1 a mis deux heures à recouvrer progressivement la parole.

Les aphasies transitoires organiques pourront se renouveler plusieurs fois et devenir intermittentes, comme dans les deux observations de Mauriac reproduites à la fin de notre travail.

Le type que nous rencontrerons le plus souvent sera l'aphasie motrice de Broca, mais l'agraphie, la cécité verbale et la surdité verbale se rencontreront plus souvent que dans les aphasies transitoires hystériques. De plus, contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie, nons observerons rarement un type absolument pur (observation n° 1) et la plupart du temps, vu les relations qui existent entre les différents centres corticaux, le trouble, tout en revêtant une forme prédominante, portera à la fois sur plusieurs modalités du langage.

Enfin les malades atteints d'une des formes d'aphasie transitoire organique présenteront des troubles passagers de la motilité localisés, chez les droitiers du moins, à la moitié droite du corps. Tantôt ce sera une hémiplégie complète,

tantôt un monoplégie, tantôt enfin il n'existera que de la parésie et parfois même, comme dans l'observation n° 1, la motilité sera normale.

DIAGNOSTIC

Porter le diagnostic d'aphasie « transitoire » alors qu'appelé pour la première fois on se trouve en présence de ce symptôme franchement constitué et dont le début vient à peine d'avoir lieu, serait, ce nous semble, exception faite pour l'aphasie hystérique, vouloir s'exposer à un démenti et à voir, contrairement à son opinion, cette aphasie évoluer et prendre les caractères d'une aphasie permanente.

Le diagnostic d'aphasie transitoire, en effet, sera toujours rétrospectif et basé uniquement sur la durée du symptôme qu'il est impossible de prévoir au début. Mais en face d'un malade présentant des troubles du langage nous devons nous demander :

1° Est-ce un aphasique ?

2° A quelle espèce d'aphasie avons-nous affaire ?

3° Quelle est la nature de cette aphasie ?

I. *Le malade est-il aphasique ?* — Nous nous assurerons en premier lieu que la perte de l'une des facultés du langage n'est pas due à une diminution des facultés intellectuelles. Par l'interrogatoire du malade, il nous sera facile de voir si l'intelligence est conservée et d'apprécier l'état de son psychisme.

En examinant soigneusement le degré de mobilité de ses

organes phonateurs : lèvres, langue et voile du palais, nous éliminerons d'emblée la paralysie glosso-labio-laryngée.

De même, nous regarderons s'il n'existe pas de paralysie du membre supérieur droit, si la vue et l'ouïe ont conservé leur acuité normale et nous pourrons facilement reconnaître soit l'agraphie, soit la cécité verbale, soit enfin la surdité verbale.

L'aphonie et le mutisme hystérique ne seront pas à leur tour confondus avec l'aphasie et il suffira d'y penser pour les éliminer. Dans l'aphonie, en effet, le malade fait effort pour parler et on arrive presque toujours, en s'approchant de lui, à percevoir quelques mots ; de plus, si l'aphonie est complète, elle existe au même degré pour les sons inarticulés tels que les grognements et pour les sons articulés tels que les mots. L'aphasique, au contraire, en admettant qu'il puisse parfois émettre à voix basse quelques mots plus ou moins décousus, attirera toujours l'attention de son côté par des grognements qu'on pourra entendre à distance.

Quant au mutisme hystérique, il est tout à fait caractéristique : le malade est dans l'impossibilité de dire un seul mot et quand on veut le faire parler, il ne prend même pas la peine d'essayer ; ses lèvres, sans être paralysées, ne font aucun mouvement adapté à la parole ; on dirait que le sujet ne comprend pas et cependant il exécute tous les ordres qu'on lui donne, autres que celui de parler.

II. *Différentes variétés d'aphasie.* — La plupart du temps nous nous trouverons en présence d'une aphasie motrice, et l'aphémie de Charcot est celle que nous rencontrerons le plus souvent. Le malade dans ce cas est dans l'impossibilité de parler, malgré l'intégrité absolue de ses organes phonateurs ; il comprend toutes les questions mais ne peut y répondre, il sait parfaitement ce qu'il veut dire, mais il n'ar-

rive pas à extérioriser sa pensée par des mots. Autrement dit, il a perdu la faculté d'adapter les mots à sa pensée.

Cette aphasie peut être plus ou moins complète : tantôt le malade ne dit rien du tout, tantôt il a conservé quelques mots qui lui sont familiers et les jurons entre autres, persistent très souvent ; tantôt enfin il en invente qui n'ont aucune signification et les répète à tout propos,

L'agraphie sera caractérisée par l'impossibilité où se trouve le malade d'écrire quoi que ce soit, malgré l'absence complète de paralysie de la main. Si on veut le faire écrire, il trace des lettres les unes à la suite des autres et sans aucune signification.

Les aphasies sensorielles transitoires sont beaucoup moins fréquentes que les aphasies motrices et on les distinguera d'après les caractères suivants :

Dans la surdité verbale, le malade entend parfaitement ce qu'on lui dit; il se retourne au moindre bruit, mais est incapable d'interpréter les paroles qu'il entend. Quand on lui donne un ordre ou qu'on lui parle, il vous regarde fixement sans comprendre et à son air hébété on le prendrait volontiers pour un dément.

Le sujet atteint de cécité verbale, au contraire, ne présente au premier abord rien de particulier; il parle comme tout le monde, répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose et si l'examen s'arrêtait là, on ne le croirait pas malade. Mais qu'on lui donne un livre, en le priant de lire et aussitôt le trouble se manifeste : il voit très bien les caractères d'imprimerie mais ne peut arriver à les déchiffrer, ce sont pour lui des hiéroglyphes : il ne voit que du noir sur du blanc.

Mais le plus souvent ces différentes sortes d'aphasies ne seront pas aussi nettement tranchées et retentiront très fré-

quemment les unes sur les autres en conservant cependant une forme prédominante.

III. *Nature des aphasies.* — Le diagnostic d'aphasie étant fait, après en avoir déterminé la variété, nous devrons en rechercher la nature.

D'après la symptomatologie que nous avons retracée des aphasies transitoires, il nous sera facile de voir si nous sommes en présence d'une aphasie fonctionnelle ou organique. Si nous parvenons à éliminer l'hystérie, nous rechercherons la cause de l'aphasie organique ; nous arriverons généralement à la découvrir sans difficulté, de par l'interrogatoire et l'examen du malade, en ayant présents à l'esprit les principaux facteurs d'artérite ou d'artério-sclérose généralisée.

IV. *Diagnostic de l'aphasie « transitoire ».* — Etant arrivé à diagnostiquer l'aphasie, sa variété et sa nature, nous sera-t-il possible d'en déterminer la durée, autrement dit de reconnaître si nous sommes en présence d'une aphasie « transitoire ? »

Nous avons dit plus haut qu'au début c'était presque impossible, sauf toutefois pour l'aphasie transitoire hystérique ; grâce à ses allures et à l'examen attentif du sujet, il nous sera généralement assez facile d'en déterminer la nature hystérique et par suite sa durée essentiellement passagère, sans toutefois pouvoir fixer la date exacte de la guérison.

Quant aux aphasies transitoires organiques, pendant la période d'état du symptôme, nous ne pourrons avoir que de simples présomptions sur leur durée. L'absence d'attaque d'apoplexie, de paralysies bien marquées et de troubles de l'intelligence, nous fera laisser de côté, sans toutefois les éliminer complètement, l'hémorragie et le ramollissement céré-

bral. Nous pourrons alors présumer, mais non affirmer une aphasie « transitoire ».

Mais nous avons vu dans la symptomatologie que la durée des aphasies transitoires organiques était généralement courte, la plupart du temps de quelques heures. Le malade, se croyant au début d'une attaque, nous fera appeler, mais nous arriverons presque toujours après la bataille ; déjà l'aphasie sera en voie de régression, si toutefois même elle n'a pas complètement disparu. Dans de semblables circonstances, le diagnostic d'aphasie « transitoire » sera non seulement possible, mais ne présentera même aucune difficulté.

PRONOSTIC

Le qualificatif transitoire appliqué à un phénomène morbide quelconque en éloigne, semble-t-il, l'idée de gravité : les aphasies transitoires, considérées en elles-mêmes, ne font point exception à la règle et paraissent d'un pronostic bénin.

Dire, en effet, que l'état d'un individu est très inquiétant alors qu'après un léger trouble du langage, ayant duré à peine quelques minutes ou même quelques heures, il continue à vaquer à ses occupations et à mener, comme par le passé, une vie tout à fait normale, serait, semble-t-il, pousser les choses au loin et voir du danger là où il n'y en a pas. Et cependant, si l'on ne s'arrête pas à l'aphasie elle-même, et si l'on regarde comment les causes qui lui ont donné naissance ont pu la produire, on arrive presque toujours à porter un pronostic sérieux.

L'aphasie transitoire hystérique, elle-même, la moins inquiétante de toutes, n'en reste pas moins assez grave. La fréquence et la durée des attaques entreront en ligne de compte et très souvent les nombreuses crises d'aphasie transitoire se rencontreront chez des sujets très fortement névrosés et seront symptomatiques de la grande hystérie dont la guérison sera toujours sinon impossible du moins plus qu'incertaine.

Si le pronostic de l'aphasie transitoire hystérique, souvent assez grave, conserve encore un peu de bénignité, celui des aphasies organiques est toujours très sérieux surtout s'il y a altération vasculaire.

Au cours d'une maladie infectieuse, l'aphasie transitoire indique une profonde intoxication de l'organisme qui fera redouter la terminaison fatale.

Mais le plus souvent l'alcool, le tabac, les diverses intoxications et surtout la syphilis sont l'origine des aphasies transitoires en produisant l'artérite localisée et l'artério-sclérose généralisée.

Les aphasies transitoires seront souvent une des manifestations de la « claudication intermittente du cerveau » ; elles indiqueront que l'artério-sclérose se localise sur les vaisseaux de l'encéphale et que ces vaisseaux probablement déjà atteints d'artérite peuvent se rompre et donner naissance à l'hémorragie ou, beaucoup plus fréquemment encore, se thromboser et produire le ramollisement cérébral.

Les aphasies transitoires nous apparaissent maintenant sous un autre aspect ; elles ont fréquemment les mêmes origines que le ramollissement cérébral et elles en sont souvent le symptôme précurseur ; c'est en cela que consiste toute leur gravité.

TRAITEMENT

Il n'y a pas à proprement parler de traitement des aphasies transitoires. Du moment que l'aphasie est passagère la guérison surviendra spontanément, que nous ayons fait quelque chose ou que nous n'ayons rien fait.

Cependant si la guérison tarde à se produire ou qu'elle se prolonge longtemps, comme il arrive parfois dans les aphasies transitoires hystériques, nous pourrons essayer la rééducation préconisée et employée avec succès en France par Roux et Thomas, en Allemagne par Grützmann. Cette rééducation du langage sera facile chez les aphasiques-moteurs qui comprennent fort bien ce qu'on leur dit, mais beaucoup plus difficile chez les aphasiques sensoriels.

Mais le vrai traitement sera celui qui s'adressera à la cause.

Dans l'aphasie transitoire hystérique, ce sera à la névrose que nous nous adresserons et nous aurons recours à tous les moyens capables d'avoir une influence sur l'hystérie. Le bromure donnera peu de résultats ; on pourra en obtenir quelques-uns de l'hypnotisme, de la suggestion, de l'électricité et enfin de l'hydrothérapie.

Les aphasies transitoires organiques, d'après leur étiologie, ont souvent pour causes les plus fréquentes, la syphilis ou diverses intoxications.

Contre la syphilis, à laquelle nous penserons toujours, nous aurons un moyen efficace, le mercure, et les injections intra-musculaires de biiodure d'hydrargyre nous donneront d'excellents résultats. C'est encore à ce traitement mercuriel que nous aurons recours quand nous ne trouverons rien, capable d'expliquer une aphasie transitoire : la syphilis peut être passée inaperçue et en agissant ainsi nous éviterons des accidents regrettables.

Dans les intoxications, nous agirons en supprimant leurs causes et l'alcool, le tabac, le plomb, seront rigoureusement interdits.

Mais les différents facteurs capables de donner naissance aux aphasies transitoires organiques agissent souvent par l'intermédiaire de l'artérite et de l'artério-sclérose.

Contre l'artério sclérose elle-même, nous sommes sans moyens ; nous nous contenterons d'agir par le régime qui sera toxique le moins possible, et l'hypertension artérielle, cause ou résultat de cette artério-sclérose, sera efficacement modifiée par l'iodure de potassium ou de sodium.

Le traitement ainsi conduit nous donnera d'innombrables succès ; non seulement l'aphasie transitoire aura moins de tendance à revenir, mais nous aurons encore, sinon éloigné définitivement, du moins retardé pour quelque temps le ramollissement cérébral dont elle est, si souvent, le signe avant-coureur.

Observation I

(Personnelle)

Aphasie transitoire par artérite syphilitique

Guillaume B..., ancien comptable et âgé de 52 ans, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en 1900.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1900, il contracte la syphilis qui, malgré un traitement mercuriel (pilules), suivi pendant six mois, amène de violents maux de tête et la chute des cheveux.

En mai 1903, le malade s'aperçoit que sa vue qui, antérieurement était très bonne de près et de loin, baisse progressivement et que la vue de près est surtout défectueuse. Au mois de septembre de la même année, le malade consulte un oculiste qui ordonne à nouveau un traitement antisyphilitique consistant en sirop de Gibert et frictions à l'onguent napolitain, remplacées plus tard par des injections intra-musculaires de biiodure de mercure. Localement, on institue un traitement électrique accompagné d'injections sous-cutanées de sulfate neutre de strychnine. Ce traitement se poursuit environ six mois et amène une amélioration notable.

En mai 1904, la vue de près est devenue tellement mauvaise que le malade ne pouvant plus continuer son travail est obligé de quitter le bureau. La vue de loin est restée cependant assez satisfaisante.

Depuis cette époque, aucun traitement n'a plus été appliqué et la vue a continué à baisser progressivement.

L'examen des yeux est fait par notre ami M. Lambert, interne à la clinique d'ophtalmologie, et voici ce qu'il nous révèle :

Etat oculaire. — V O D = q ; V O G = 0.

Les pupilles, légèrement blanchâtres, sont irrégulières et inégales ; la gauche est plus dilatée que la droite.

Les réflexes pupillaires sont abolis à l'accommodation et à la lumière.

L'examen ophtalmoscopique fait voir aux deux yeux des placards blanchâtres très étendus de chorio-rétinite, mais les lésions sont plus prononcées à gauche.

Les vaisseaux sont rétrécis.

Diagnostic. — Chorio-rétinite d'origine syphilitique.

Maladie actuelle. — Le dimanche matin, 21 avril 1907, pendant une promenade avec un de ses amis, le malade, sans aucun prodrome, et sans présenter aucun autre symptôme, s'est trouvé tout d'un coup dans l'impossibilité absolue de parler. A ce moment il n'y a eu ni vertige, ni faiblesse des membres, ni chute, ni perte de connaissance et le malade, qui a pu rentrer à l'hôpital où il est habituellement, a très bien analysé ce qui s'est passé : « Je savais, nous dit-il, ce que je voulais dire mais je ne pouvais pas exprimer ma pensée. »

Cette aphasie a duré une heure complètement puis a disparu progressivement et, au bout de deux heures, la parole était complètement revenue.

Le surlendemain, 23 avril, le malade se présente à la visite de M. le professeur Rauzier ; il se plaint de fourmillements dans les membres inférieurs, de quelques vertiges et de céphalée légère.

Examen. — Force conservée. Il n'existe aucune trace de

paralysie ; le malade siffle et fait bien la grimace, ferme bien les yeux, la langue a toute sa mobilité normale et les membres supérieurs et inférieurs sont doués de tous leurs mouvements.

Les reflexes sont normaux et si l'on cherche le Babinski, ou reflexe du gros orteil, on le trouve en flexion des deux côtés et non en extension. L'examen des yeux révèle ce qui a été dit plus haut. Il n'existe aucun trouble trophique: le malade pèse 82 kilos et la sensibilité est partout normale. On ne retrouve aucun stigmate de spécificité; pas d'éclat diastolique, pas d'hypertension.

Le malade n'a jamais eu de vomissements et l'analyse des urines ne révèle aucune trace d'albumine.

M. le professeur Rauzier porte le diagnostic : d'aphasie transitoire par artérite syphilitique et prescrit un traitement mercuriel.

Depuis cette époque, le malade a reçu 15 injections intramusculaires de 0 gr. 02 de biiodure d'hydrargyre chacune.

L'aphasie ne s'est pas renouvelée et les vertiges ont complètement disparu.

Observation II

(Résumée)

(Mauriac : « Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. », janvier 1876, n° 4

Aphasie syphilitique à forme intermittente

X..., a toujours eu une santé parfaite et a fait la campagne de 1870-71. Ses antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien de particulier.

Il a commerce avec une femme en septembre 1873 et 3 ou 4 semaines après, le 1er novembre, il constate l'apparition d'un chancre à gauche et en avant de la verge, dans le sillon balano préputial, suivie d'une adénopathie très douloureuse sans suppuration.

Deux mois après, janvier 1874, surviennent les accidents secondaires : plaques muqueuses à la bouche, au gosier et sur les bourses, engorgement des ganglions sous-maxillaires; la roséole passe inaperçue. Le traitement mercuriel institué par M. Ricord est suivi de la disparition des accidents.

En août (9e mois de la syphilis), le nez devient douloureux et est rempli de croûtes et de plaques muqueuses.

Malgré la reprise du traitement spécifique, la syphilis continue à évoluer et entre dans sa phase tertiaire par l'apparition d'une gomme située à l'extrémité du sourcil droit et d'autres ulcérations siégeant sur les extrémités inférieures.

A cette même époque, le malade à une nouvelle poussée de plaques muqueuses sur la muqueuse bucco-pharyngienne.

Le traitement est encore repris et la guérison de ces lésions est complète en février 1875.

A partir de cette époque (15e mois de la syphilis), les accidents cérébraux commencent à se manifester par des céphalées continues, diurnes et nocturnes, accompagnées d'insomnie. Nouvelle éruption de plaques muqueuses et alopécie entraînant un nouveau traitement au biiodure ioduré.

En juillet, l'encéphalopathie se déclare d'une façon très évidente ; le malade s'aperçoit qu'il a, plusieurs fois par jour, de la faiblesse dans les doigts de la main droite et de la parésie intermittente des membres inférieurs ; la face est déviée à gauche.

En même temps que cette hémiplégie droite passagère, le

malade accuse de l'embarras de la parole malgré que la langue ait conservé toute sa mobilité.

La crise d'aphasie se déclare en même temps que la crise d'hémiplégie droite, se reproduit le même nombre de fois dans la journée et dure en moyenne, comme elle, quatre ou cinq minutes.

Les facultés intellectuelles sont intactes, sauf la mémoire qui est un peu diminuée. Jamais le malade n'a perdu connaissance et il n'existe aucun symptôme d'excitation cérébrale. Ces phénomènes durent tout le mois de juillet.

Le 17 août 1875, dans une promenade à la campagne, sans vertige ni titubation et sans perte de connaissance, le malade tombe incapable de proférer une parole et de remuer le bras et la jambe du côté droit. Cette crise dure un quart d'heure et peu à peu le malade recouvre la parole et peut même continuer sa promenade qui est interrompue deux ou trois fois par de semblables crises. Le lendemain, il est tout à fait aphasique et hémiplégique droit. Cet état se prolonge une semaine et le malade commence à exprimer sa pensée.

Mais le 16 août, en revenant du bain, il a une nouvelle attaque d'hémiplégie droite avec aphasie, en tout semblable à la précédente. En même temps, la céphalée qui occupait tout le crâne se localise à la région frontale du côté gauche.

Après cette seconde attaque, la phase intermittente de la maladie fait place à la phase continue et c'est alors que le malade (1er octobre 1875, 23e mois de la syphilis et 4e mois de l'encéphalopathie) entre dans le service de Mauriac, où la situation s'améliore peu à peu par un traitement ioduré.

Cette amélioration n'est que passagère : vers le milieu de décembre, le malade éprouve de nouvelles douleurs de tête; il a des étourdissements, des obnubilations, des vertiges et malgré l'iodure de potassium, base de son traitement, il a

une nouvelle attaque semblable aux précédentes, suivie d'aphasie et d'hémiplégie droite.

Cet état de choses dure cinq ou six jours sans intermittence ni rémission, avec continuité parfaite. Au bout de huit à dix jours, l'amélioration se reproduit et vers la fin décembre, le malade est de nouveau dans l'état où il se trouvait avant ce dernier événement : il se sent si bien, qu'il quitte les salles à l'occasion des fêtes du 1er de l'an.

Le 21 février 1876, sans aucun prodrome, le malade a un nouvel ictus et la maladie revêt alors définitivement la forme continue et les allures du ramollissement cérébral.

Observation III

(résumée)

Mauriac : « Gaz. heb. de Méd. et Chir. », avril 1876. — n, 14,

Aphasie syphilitique à forme intermittente

X..., dame d'une trentaine d'années, n'étant point sujette aux maladies nerveuses et n'ayant jamais eu ni spasmes, ni convulsions hystériques, contracte la syphilis à la fin de l'année 1870.

En 1871, elle est traitée pour des accidents du côté de la peau et des muqueuses qui se reproduisent en 1872 et nécessitent une nouvelle médication hydrargyrique.

En 1873, apparaissent des plaques muqueuses sur l'isthme du gosier.

En 1875 (6e année de la syphilis), la malade se plaint de troubles de la vue, d'éblouissements et d'accidents vertigineux, qui rendent parfois la chute imminente. L'ensemble de

ces symptômes fait penser à une détermination de la syphilis sur le cerveau et l'iodure de potassium est prescrit à la dose de 3 ou 4 grammes par jour et continué jusque vers le 10 novembre 1875.

Le 19 décembre, la malade, sans cause appréciable, est prise au milieu du repas d'une sorte d'attaque avec perte de connaissance, pleurs abondants, sensation d'étouffement derrière le sternum et d'une hémiplégie droite totale.

Elle revient à elle et dans la soirée a trois attaques, séparées par un intervalle de 15 ou 20 minutes.

A minuit, nouvelle attaque qui dure deux heures et est suivie d'aphasie et d'hémiplégie droite.

Le 21, la parole n'est presque plus embarrassée et les facultés intellectuelles paraissent intactes : l'iodure de potassium est prescrit à la dose de 6 gr. dans les 24 heures.

Le 22 décembre, la malade présente deux attaques dans la même journée, avec chaque fois aphasie et hémiplégie droite.

Le 24 décembre (6e jour des attaques), l'hémiplégie a à peu près disparu; la parole et l'écriture sont très faciles.

Le 28 décembre tout est à peu près rentré dans l'ordre et la dose d'iodure est diminuée de 2 grammes.

Mais le lendemain, la malade présente des accidents vertigineux, des éblouissements sans perte de connaissance, ni aphasie, ni paralysie.

Le 30 décembre, les accidents de la veille reparaissent et au lieu de se dissiper sont accompagnés d'une aphasie typique qui dure environ deux heures: la malade a de la difficulté pour parler, du balbutiement, du bégaiement; elle ne peut trouver les mots et les adapte mal à sa pensée ; elle a conscience de ces désordres et une conception nette et mentalement formulée de tout ce qu'elle veut et ne peut dire.

Du côté de la motilité, il n'y a qu'un peu d'engourdissement dans le bras droit pendant quelques minutes.

Après un court retour à l'état normal, la malade présente une nouvelle attaque d'aphasie avec hémiplégie droite et sans aucun autre trouble nerveux. La sensibilité n'est en rien altérée et est exactement dans le même état à droite qu'à gauche.

Le 31 décembre tout a disparu et l'iodure est de nouveau prescrit à la dose de 6 gr. dans les 24 heures.

Observation IV

(Grasset : « Leçons de clinique médicale », tome I, p. 563)

Aphasie passagère chez un artério-scléreux brightique

X..., homme de 56 ans, entre à l'hôpital le 8 octobre 1888.

Antécédents héréditaires. — Son père, un grand buveur, est mort à 90 ans et sa mère, hémiplégique du côté gauche, à la suite d'une attaque d'apoplexie, est morte à l'âge de 86 ans.

Les grands parents sont morts plus que centenaires.

A neuf frères ou sœurs, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Pendant les sept années qu'il a passées au régiment, il a été atteint de fluxion de poitrine, de la dysenterie et d'une uréthrite qui dura seulement 15 jours.

Après sa libération le malade se marie et dit avoir mené une existence très réglée, mais il reconnaît avoir absorbé quoti-

diennement 3 ou 4 litres de vin et plusieurs petits verres de 3/6.

A 30 ans il a, à plusieurs reprises, des troubles du côté de l'appareil urinaire ; il urine avec difficulté et est obligé de se sonder pendant près d'un an. Urines troubles et sanguinolentes.

Il y a une quinzaine d'années, un matin, sans cause occasionnelle, le malade est pris tout à coup d'étourdissement ; il pâlit, tombe et perd connaissance pendant quelques instants. Revenu à lui, il vomit du sang rouge et liquide. Il garde le lit une quinzaine de jours et ne présente rien de particulier jusqu'à l'époque actuelle, si ce n'est l'apparition d'hémorrhoïdes et un affaiblissement progressif de la vue.

La maladie actuelle a débuté il y a trois mois par de l'œdème et de la faiblesse des membres inférieurs, se manifestant au début après la fatigue de la journée et nécessitant bientôt la cessation de tout travail. En même temps, il éprouve des démangeaisons dans le dos et sur la poitrine, des fourmillements dans les doigts et accuse fréquemment la sensation de doigt mort.

En ce moment, il accuse de l'œdème, un affaiblissement visuel et des troubles de la sensibilité.

Le facies du malade est pâle et bouffi ; les temporales sont flexueuses, les paupières œdématiées.

L'œdème est généralisé, non seulement sur la face et les membres inférieurs dans leur totalité, mais aussi sur les bourses, la paroi thoracique et les membres supérieurs.

Au cœur, on constate seulement un éclat diastolique très marqué, au foyer aortique ; le second bruit est si intense et prolongé qu'il couvre presque le premier.

Les radiales sont beaucoup moins dures et flexueuses que les temporales. Le tracé sphygmographique concorde avec l'auscultation pour indiquer une grande tension artérielle.

Les urines sont peu abondantes (0 litre 700 à 1 litre), l'urée de même (10 à 14 grammes); on y trouve une quantité notable d'albumine (8 grammes par litre) et des tubes granuleux. Le malade urine 10 à 13 fois dans la journée.
Sous l'influence du régime lacté absolu, de pointes de feu à la région lombaire, et grâce à l'emploi alternatif de la trinitrine, de l'iodure de sodium, du strophantus, de la caféïne et des purgatifs, une amélioration notable se produit dans l'état général. Les œdèmes disparaissent peu à peu; la quantité d'urine augmente, elle remonte certains jours à 3.750 gr.; l'urée aussi s'élève également, elle atteint jusqu'à 38 gr. par jour; l'albumine diminue, au contraire, et se maintient au bout de quelques temps aux abords du chiffre quotidien d'un gramme. A chaque écart de régime, le chiffre total de 'urine s'abaisse, l'urée diminue aussi; l'albumine, par contre, reste stationnaire ou augmente.

Depuis son entrée, en octobre, jusqu'en janvier, le malade n'a présenté aucun phénomène anormal du côté de l'intelligence,

Le 25 janvier 1889, le malade est atteint d'une aphasie passagère qui persiste seulement quelques heures.

Depuis trois jours, à la suite d'une rébellion contre le régime lacté, auquel il substituait, en cachette, une alimentation variée, le malade éprouvait une légère céphalalgie. La quantité d'urine était tombée de 2 litres 350 (29 janvier) à 0 litre 750, l'urée de 23 grammes était descendue à 12 grammes; l'albumine était remontée à 4 grammes. L'urine était rougeâtre et renfermait de nombreux globules sanguins.

Le jour de la crise, au cours d'une visite de sa femme, le malade se plaint de fourmillements et de raideur dans la main droite. Puis, sans perte de connaissance, il perd progressivement et complètement la propriété d'adapter des mots à sa pensée. Il cherche à continuer sa conversation,

mais ne peut réussir à proférer d'autres paroles que ce mot « l'autre ». Il s'irrite de cette impuissance dont il est parfaitement conscient, s'efforce de surmonter la difficulté en s'exprimant avec plus de volubilité que d'ordinaire, mais ne peut parvenir à émettre d'autre manifestation de ses idées que ce mot unique qu'il répète à satiété.

A dix heures du soir, les accidents disparaissent pour ne plus se reproduire. Le lendemain, à la visite, le malade cause comme d'habitude, explique avec netteté ce qu'il a ressenti, et marche sans aucune peine ; au dynamomètre, la main droite donne 24 kilogrammes, la gauche 25 kilogrammes.

L'auscultation du cœur révèle un claquement diastolique intense au foyer aortique et un affaiblissement notable du premier bruit.

Quelque temps après, le 15 février, le malade présente des tendances syncopales, accompagnées de palpitations.

Le malade quitte l'hôpital le 9 avril, relativement amélioré, c'est-à-dire débarrassé de ses œdèmes, de ses troubles de sensibilité, excrétant des quantités normales d'urine et d'urée, mais rendant encore 1 gr. 30 d'albumine dans les 24 heures.

Observation V

(inédite)

Recueillie par le docteur Mme Gaussel

Aphasie transitoire au cours d'une typhoïde

Fernand B..., âgé de 4 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Très bons.

Antécédents personnels. — Santé délicate, tempérament vif et irritable : rougeole légère en décembre 1906, convalescence très longue, avec persistance de bronchite pendant deux mois environ.

Maladie actuelle. — Le 17 mars à midi, l'enfant éprouve subitement un grand frisson. La température monte à 40° ; même état le lendemain ; délire dans la nuit.

Le 19 mars, je suis appelée et constate l'existence d'une fièvre très élevée, sans aucun autre symptôme. L'enfant ne se plaint de rien. L'examen de la gorge, dont il ne se plaint pas, permet de déceler une angine érythémateuse et un vomitif est administré le jour même.

Le soir, la température est encore à 40° et le délire très violent.

Le 20 mars, angine plus intense : on voit un dépôt blanc sur les deux amygdales et le voile du palais. L'examen bactériologique permet de reconnaître le staphylocoque.

L'enfant est soumis au traitement par les bains tièdes donnés toutes les 4 heures.

Le délire persiste et la famille est convaincue que l'enfant est atteint d'une méningite. Aucun symptôme, aucune éruption ne vient éclairer le diagnostic qui reste hésitant jusqu'au sixième jour.

A ce moment, quelques taches rosées apparaissent et permettent de faire le diagnostic de fièvre typhoïde, ayant présenté un début brusque et anormal.

Au délire des premiers jours succède un état typhique, et l'enfant ne peut plus parler ; il est atteint d'une aphémie complète. Quoiqu'il comprenne ce qu'on lui dit, il lui est impossible d'exprimer ses pensées.

L'aphasie persiste pendant 15 jours et disparaît progressivement. Les premiers mots prononcés par le petit malade sont : « boire, maman ».

Le lendemain, le petit, au moment où on le met au bain, s'agite et dit à sa mère : « Sors-moi du bain ». Depuis la parole est revenue complètement, de même que la mémoire de tous les événements qui ont précédé la maladie.

Une poussée de furonculose intense et généralisée est venue compliquer la troisième période de la typhoïde.

Actuellement, le petit malade est complètement guéri.

Observation VI

(Inédite)

Recueillie par le docteur Mme Gaussel

Aphasie transitoire chez une femme enceinte

Mélanie C..., âgée de 38 ans et mariée.

Antécédents héréditaires. — Ne présente rien de particulier.

Antécédents personnels. — Santé toujours bonne et robuste. A eu cinq grossesses qui toutes ont évolué normalement, et les cinq enfants se portent bien. Jamais d'avortement ou de fausse couche.

Pas d'éthylisme ni de spécificité.

Etat actuel. — Est à 8 mois et demi de sa 6e grossesse qui marche très régulièrement.

La malade n'a jamais présenté de vomissements, jamais de vertiges, pas des crampes dans les mollets, pas de fourmillements dans les doigts et l'analyse des urines montre l'absence complète d'albumine. La malade n'a jamais eu de

crise de nerfs et l'examen ne révèle aucun signe d'hystérie ; pas d'anesthésie pharyngée ni conjonctivale, aucun trouble des sensibilités et absence complète de zones hystérogènes.

Dans les derniers jours de sa grossesse, qui n'avait jamais été marquée d'aucun incident, la malade qui ne gardait pas le lit est prise subitement, sans aucun prodrome et sans aucune cause apparente, d'un vertige accompagné d'aphasie.

Elle est obligée de s'asseoir, elle veut appeler son mari et s'aperçoit qu'elle est dans l'impossibilité de prononcer les mots qu'elle voudrait ; elle dit tout le temps un mot pour un autre, a conscience de ce qui se passe et s'en irrite.

Pas de perte de connaissance et aucun trouble ni de la sensibilité ni de la motilité.

Cet état dure à peine vingt minutes et disparaît sans laisser aucune trace et la malade peut reprendre ses occupations.

La grossesse continue à évoluer normalement et se termine quelques jours après, naturellement et à terme, par la naissance d'un superbe enfant.

Observation VII

(in thèse Chereau, Paris, 1894)

(Recueillie par M. C. Giraudeau, médecin des Hôpitaux)

Aphasie tabagique transitoire ; ébauche d'angine de poitrine ; irrégularités et intermittences du pouls ; réapparition des accidents à la suite de nouveaux excès tabagiques ; disparition complète par suite de la supression de l'usage du tabac.

Au mois de juin 1887, à l'issue d'une soirée passée avec quelques amis, M. X..., âgé de 35 ans, qui pendant plusieurs heures avait fumé deux cigares et un grand nombre de

cigarettes de tabac d'Orient, fut pris brusquement en rentrant chez lui, à pied, de difficulté à s'exprimer. Il ne trouvait plus ses mots, et, en particulier, les substantifs lui échappaient presque complètement. Il avait conscience de son état et en était très alarmé. Malgré tous les efforts faits par lui pour se souvenir des noms des objets qui l'entouraient, il n'y pouvait parvenir, et répétait sans cesse : « Je ne sais pas, je ne me souviens pas. » Au contraire, la mémoire des adjectifs, des verbes, était conservée à peu près intacte. Il s'agissait donc bien, en réalité d'aphasie, mais d'aphasie partielle.

De troubles de motilité, il n'existait pas trace. Le malade put, en effet, sans éprouver de fatigue, faire encore un kilomètre environ, à pied, avant de regagner son domicile, et dès que je pus l'examiner, je ne constatai, ni du côté du membre inférieur droit, ni du côté du membre supérieur droit, aucune diminution dans la force musculaire. Le malade se plaignait de lourdeur de tête, de vertiges, et surtout d'une sensation de pression de barre derrière la première pièce du sternum. Cette sensation pénible s'accompagnait d'angoisse, mais d'une angoisse modérée, et de temps à autre, le malade, dont la respiration n'était pas accélérée, faisait une inspiration profonde. Les battements cardiaques étaient précipités, et surtout ils étaient inégaux et irréguliers. En prenant le pouls radial, on constatait des temps d'arrêt qui revenaient d'une façon assez régulière toutes les quinze ou vingt pulsations. Cette suspension des mouvements cardiaques était suivie de deux ou trois pulsations précipitées, semblant empiéter les unes sur les autres, et qui, en définitive, étaient le reflet des irrégularités que l'exploration du cœur permettait de constater.

Cet état persista deux heures environ ; peu à peu, l'aphasie disparut, les substantifs revinrent à la mémoire, l'angoisse,

la sensation d'oppression, allèrent en s'atténuant, ainsi que les inégalités et les irrégularités cardiaques. Cependant, celles-ci disparurent beaucoup moins rapidement que les troubles précédents. Au bout de vingt-quatre et même trente-six heures, on constatait encore quelques faux pas du cœur, mais de plus en plus espacés. Quarante-huit heures après le début des accidents, le pouls avait repris sa régularité habituelle.

M. X... me raconta qu'habituellement il fumait beaucoup, mais que jamais il ne faisait usage du tabac d'Orient, et que, très rarement, il lui arrivait de rester pendant plusieurs heures enfermé dans un espace restreint, entouré de fumeurs, et respirant, par conséquent, une atmosphère chargée de vapeurs nicotiniques, non seulement de son propre fait, mais du fait de ses voisins.

Averti par cet accident, M. X..., prit la résolution de ne plus fumer ; mais ce serment de fumeur ne devait pas être tenu fort longtemps. Au bout de deux mois environ, à la suite d'un dîner, il recommença à fumer, et, dans l'espace de deux heures, consomma une douzaine de cigarettes turques. Bientôt les accidents reparurent : l'aphasie fût aussi nette que la première fois, le pouls présenta également des irrégularités, sans inégalités, mais la sensation d'angoisse précordiale fit presque complètement défaut. La durée totale de ces troubles fut moins longue que celle de la première atteinte : au bout de douze heures, le pouls était redevenu régulier, mais l'aphasie avait persisté aussi longtemps que celle de la première fois, c'est-à-dire deux heures environ.

Eclairé jusqu'à l'évidence, M. X..., cessa de fumer à partir de ce jour, et depuis lors, sa santé a été parfaite à tous égards.

Observation VIII

(in thèse Chereau. Paris 1894)

De M. le docteur Camuset, lue à la Société de médecine de Paris, le 22 février 1879.

« Union médicale de 1879 », tome 27, page 961.

Cécité verbale avec hémianopsie droite et agraphie, à la suite d'intoxication par le cigare.

Voici l'observation dont l'auteur est M. Georges T..., avocat, âgé de 28 ans, tempérament bilieux et robuste :

« Il est deux heures, je réntre d'une promenade que j'ai fait après déjeûner, je continue un cigare commencé. J'ai la tête tout à fait libre, aucune lourdeur, aucun étourdissement, je suis absolument dans mon état normal. Je m'assieds et je prends un journal.

A mon grand étonnement, je n'en puis lire une seule ligne. Je ne puis même pas comprendre le titre de l'article. Je me mets au grand jour, croyant à un trouble visuel quelconque ; cette bizarrerie persiste. Je fais quelques efforts d'esprit, et, bien que j'arrive à épeler intérieurement les mots, impossible de les relier entre eux et de leur donner un sens. Je jette le journal, je prends un livre et je vois avec un commencement d'inquiétude que le même phénomène se reproduit.

C'était l'affaire Clémenceau. Le passage sur lequel j'étais tombé, page 4 du volume, commençait ainsi : « Je suis d'une famille plus qu'obscure. » Impossible de déchiffrer cette ligne. Je me mets à épeler les mots dans ma tête, syllabe par syllabe, et il se produit chez moi une sorte de bégaiement intérieur : « Je... je... suis... suis... d'u... d'u..., etc.» Alors, avec une tension d'esprit plus grande, et en faisant un pro-

digieux effort d'attention, je veux essayer de lire plus vite. Je parcours des yeux cinq ou six lignes, je mets plusieurs minutes pour arriver au bout, et je m'arrête enfin, sans avoir pu comprendre, quelque effort que je fisse, un mot de ce que je lisais. A la rigueur, je saisissais ce que voulait dire le mot : famille, les mots : ma mère ou ma naissance, mais je ne pouvais relier les mots les uns avec les autres et avoir la moindre idée du sens de la phrase.

Je ferme alors le livre, et j'arrête les yeux sur la couverture, où se trouvait le titre : Affaire Clémenceau : Nouvelle surprise, le mot Clémenceau formait une seule ligne, en grosses lettres : je ne pouvais en voir que la moitié. Je voyais par exemple, enceau, en regardant plus à droite, et le reste de la ligne absolument blanc. Ou bien, si je regardais plus à gauche, je voyais très distinctement Clem, et les autres lettres, enceau, complètement effacées.

Je jette mon cigare par la fenêtre, croyant qu'il était trop fort, et que je lui devais ce malaise ; puis je vais m'éponger le front, pensant que l'eau froide le ferait disparaître, bien que je n'éprouvasse aucune espèce d'indisposition. Je revins à mon bureau, me proposant d'écrire sur une carte de visite ces mots : vives et sincères félicitations. Je vous remets les cartes où à plusieurs reprises, j'ai fait cette tentative. et vous pouvez juger vous-même du résultat obtenu. Impossible d'écrire ; les mêmes lettres se reforment malgré moi sous ma plume, et, par trois fois, interrompant le mot commencé, je repris une autre carte avec le même insuccès.

Je les portai à ma femme en lui disant ce qui m'arrivait. J'éprouvais, peut-être, une légère difficulté à parler, mais j'étais seul à m'en apercevoir. Ma femme ne s'en aperçut pas et fut seulement très surprise de ce que je lui disais, Mais je lui donnai mon explication en riant, de sorte qu'elle fut peu inquiète. Je me mis à parler haut, j'avais une tendance à

doubler les syllabes, exactement comme lorsque je voulais lire ou écrire. Et au milieu de tout cela je me rendais parfaitement compte de mon état et je continuais à n'éprouver aucun malaise sensible.

Tout à coup, je sentis ma main droite s'engourdir. J'essayai de la frotter pour faire disparaître cet engourdissement. Mais loin de diminuer, il augmentait, et arriva bientôt à la moitié du bras. Je fut alors inquiet pour tout de bon ; je pris mon chapeau, et descendant rapidement l'escalier, je marchai d'un pas rapide à la recherche de mon médecin. Quand j'arrivai près de lui, tout était passé ; je parlais aussi facilement qu'avant, et je ne pus que lui raconter rétrospectivement ce que j'avais éprouvé.

Depuis, je n'ai plus ressenti ce malaise ; mais pendant deux jours j'éprouvais une sorte de crainte à m'appliquer à un travail de tête demandant une certaine contention d'esprit.

J'attribue ce malaise passager à la fatigue que je m'étais imposée en travaillant, non le jour, mais la nuit, jusqu'à deux heures du matin, depuis deux mois. »

M. Motet demande la publication de cette intéressante observation. Pour lui, c'est un fait type d'intoxication par le tabac.

Observation IX

(Legrand du Saulle)

(In thèse Mlle Gita Aron, Paris 1900)

Aphasie hystérique transitoire

Mme B..., 22 ans, récemment mariée. A la suite d'une contrariété, fut prise d'un accès de suffocation avec désordres convulsifs et phénomènes nerveux très violents.

M. Legrand du Saulle trouva la malade en proie à une crise de larmes qui dura plus d'un quart d'heure. Elle sortit de cette crise absolument aphasique.

Elle ne peut prononcer un mot, ni écrire, mais comprend tout, ainsi que sa mimique l'indiquait. Les facultés intellectuelles, les organes des sens étaient conservés. Il n'existait aucune paralysie, ni contracture de la langue.

Le lendemain matin, rien de changé du côté de la parole. Elle essaye d'écrire, elle trace quelques lignes, mais se trompe sur les mots qu'elle doit employer.

Ainsi elle écrit : « Je veux mon tablier me donne » pour « mon mari me pardonne ». Mais le même jour, à 9 heures du soir, la parole revient brusquement. Elle parle et écrit parfaitement bien.

La crise d'aphasie n'avait duré que trente-six heures.

Douze jours après, à la suite d'une dispute avec son mari et d'une scène de jalousie, Mme B... a eu des attaques d'hystérie pendant toute la nuit et retombe de nouveau aphasique. Cette fois, l'aphasie n'avait duré que dix-huit heures.

Quelques années plus tard, M. Legrand du Saulle a eu l'occasion de voir Mme B... Elle a eu un accouchement facile, sans éclampsie ni convulsions. Mais deux ou trois fois par an, à la suite de contrariétés, d'émotion, d'une menstruation difficile, elle était prise de crises d'aphasie, qui quelquefois ne duraient que deux ou trois heures et qui n'avaient jamais dépassé 24 heures. Elle avoue, du reste, qu'elle était toujours aussi impressionnable qu'auparavant.

Observation X

(St-H. Serre. — « Gaz. hebd. de Montpellier, 1881, numéro 22 »)

Aphasie nerveuse transitoire

Au mois de février 1880, nous donnions des soins à un

enfant de 15 ans, très lymphatique, très amaigri et d'une irritabilité nerveuse extraordinaire. Ce n'est pas sans terreur que l'enfant attendait tous les jours la visite de son chirurgien, obligé de pratiquer des tractions sur une jambe malade. Cette crainte devait produire un singulier résultat.

Le 26 février, à notre visite ordinaire, le père nous dit que, contre son habitude, le jeune malade a dormi toute la matinée. Il s'est réveillé une première fois à huit heures, a prononcé quelques paroles en bredouillant, puis s'est de nouveau rendormi profondément. A dix heures, il a fallu le secouer pour le tirer du sommeil dans lequel il était profondément plongé. En ce moment (11 heures), l'enfant est assis sur son lit. Nous lui adressons quelques questions : il ouvre la bouche, il cherche à répondre, mais vainement ; il ne peut prononcer aucune parole. Nous insistons. X... essaie encore. Efforts inutiles ! Alors l'enfant s'impatiente, fait une grimace caractéristique, et nous fait signe qu'il est dans l'impossibilité de parler. Nous tentons de lui faire prononcer les premières lettres de l'alphabet a, b, c, d. Il hésite, il tâtonne, ouvre la bouche, la referme ; puis, après une série d'efforts, parvient enfin à articuler quelques-unes des lettres indiquées. Mais il ne peut, malgré notre insistance, répéter une seconde fois le même exercice. Nous le laissons reposer un instant. Puis, nous parvenons, non sans peine, à lui faire prononcer les expressions monosyllabiques : moi, toi, etc., etc.

L'enfant a conservé toute son intelligence. Il s'exprime librement par le geste. Nous lui faisons voir le cadran d'une montre et le prions de faire connaître l'heure. Il indique parfaitement, avec ses doigts, le nombre onze. Nous lui demandons s'il éprouve de la douleur quelque part. Il porte la main à la région frontale gauche, et nous fait comprendre qu'il a la tête lourde, qu'il a de la tendance au sommeil. Il peut facilement écrire ; avec un crayon, il trace sur le papier

des réponses exactes aux questions que nous lui adressons. Ainsi le geste et l'écriture conservent leur parfaite intégrité. X... n'a perdu que la faculté d'exprimer sa pensée par le langage articulé.

On ne constate, du reste, l'existence d'aucun symptôme indiquant l'existence d'une lésion matérielle des centres nerveux. Les pupilles se contractent librement sous l'influence de la lumière. Il n'y a pas de paralysie de la langue. Le jeune malade meut très facilement cet organe dans tous les sens. La motilité et la sensibilité sont intactes des deux côtés du corps. Pas de chaleur à la peau, un peu de lenteur seulement des pulsations radiales.

L'examen des autres fonctions ne nous a rien révélé. Interrogé sur la manière dont ces accidents bizarres s'étaient produits, le père nous raconte que le jeune X... a été extrêmement agité l'avant-dernière nuit. Il aurait été obligé de se coucher auprès de lui pour le faire rester tranquille. L'enfant redoutait beaucoup notre visite, parce que nous le faisions souffrir, disait-il, en remuant sa jambe.

L'apparition brusque de cette aphasie et le caractère des symptômes nous permettent de rassurer les parents. Nous nous contentons de prescrire des sinapismes sur les extrémités inférieures.

Notre prescription, malgré notre recommandation, n'est exécutée qu'à 6 heures du soir. Immédiatement après l'enfant recouvre instantanément la parole.

Nous le voyons le lendemain 27 février. Il nous adresse immédiatement la parole et nous dit qu'il aurait voulu répondre hier aux questions que nous lui adressions. Il avait bien conscience des expressions à employer, mais malgré tous ses efforts, il ne pouvait articuler aucun mot.

Le 28 février, l'enfant perd de nouveau l'usage de la parole

pendant deux heures. Ce jour-là, d'après le rapport des parents, le jenne X... avait été fortement impressionné par notre visite. Depuis cette époque, l'aphasie n'a plus reparu.

CONCLUSIONS

I. — Les aphasies transitoires ne sont pas toutes d'origine syphilitique, comme le voulait Mauriac, ni toutes d'origine hystérique, comme St H. Serre avait tendance à le croire. Leur étiologie est complexe et nombreuses sont les causes qui peuvent leur donner naissance. Les plus fréquentes sont l'hystérie, les maladies infectieuses, la syphilis surtout et les intoxications.

II. — Toutes ces causes, l'hystérie mise à part, où le spasme se produit sans lésion vasculaire, agissent le plus souvent par artérite et en créant l'artério-sclérose. Il en résultera un spasme des vaisseaux de l'encéphale qui amènera une ischémie passagère entraînant la « claudication intermittente du cerveau » se traduisant le plus souvent elle-même par une aphasie transitoire.

III. — Le diagnostic d'aphasie « transitoire », difficile à la période d'état de ce symptôme, est généralement d'une extrême facilité quand l'aphasie a déjà disparu.

On peut rencontrer les différents types d'aphasie et le plus fréquent est l'aphasie motrice de Broca. L'agraphie et les aphasies sensorielles, cécité verbale et surdité verbale, se rencontrent encore, mais beaucoup plus rarement.

IV. — Les aphasies transitoires ont toujours un pronostic sévère quand elles relèvent d'une altération vasculaire.

Les aphasies transitoires organiques ont souvent la même origine que le ramollissement cérébral et elles en sont très fréquemment le signe avant-coureur.

Quant à l'aphasie transitoire hystérique, elle indique souvent, par sa répétition et sa durée, qu'on a affaire à la grande névrose.

V. — Le traitement des aphasies transitoires doit être surtout tiré de l'étiologie :

L'hystérie se trouvera bien de la rééducation, de l'hypnotisme et de l'hydrothérapie.

Les aphasies transitoires organiques ont pour causes très fréquentes la syphilis et les intoxications. On supprimera ces dernières et l'on s'adressera à la première par le mercure. — Comme ces différentes causes agissent par artérite, ou artério-sclérose, le régime, l'hygiène et l'iodure de potassium ou de sodium, en abaissant l'hypertension artérielle, nous rendront de précieux services.

BIBLIOGRAPHIE

BALLET. — La surdité verbale urémique (Semaine médicale, 1896, page 169).

BERNHEIM F. — De l'aphasie motrice. Etude anatomo-clinique et physiologique (thèse de Paris, décembre 1900, n° 129).

— Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants (Gaz. des hôpitaux 1900, n°s 5 et 8).

— État actuel de la question de l'aphasie motrice (Gaz. des hôpitaux 1901, n°s 77 et 80).

CHEREAU. — Quelques cas d'aphasie transitoire chez des fumeurs (thèse de Paris, janvier 1894, n° 95.)

Mlle GITA ARON. — L'aphasie hystérique (thèse de Paris, mai 1900, n° 399).

GOMBAULT ET PHILIPPE. — Contribution à l'étude des aphasies (Archives de méd, expér., 1896, tome VIII, p. 371 et 545).

GRASSET. — Du vertige cardio-vasculaire. (Claudication intermittente du cerveau se traduisant par de l'aphasie transitoire). (Leçons de clinique médicale, 1890, tome I, p. 565).

— Des diverses variétés cliniques d'aphasie (Leçons de clinique médicale, 1896, tome III, page 77).

— La fonction du langage et la localisation des centres psychiques dans le cerveau (Revue de philosophie, 1906).

LANTZENBERG. — L'aphasie motrice (thèse de Paris, mai 1897, n° 338).

MARIE Pierre. — Révision de la question de l'aphasie. La troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage (Semaine médicale, 23 mai, 17 octobre et 28 novembre 1906).

MAURIAC. — Leçons sur l'aphasie et l'hémiplégie droites syphilitiques à forme intermittente (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1876, nos 4 et suivants).

— Leçons sur l'aphasie syphilitique et les localisations de la syphilose corticale du cerveau (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1877, nos 6 et suivants).

MIRALLIÉ. — De l'aphasie ; ses diverses formes ; physiologie psychologique du langage (Gaz. des hôpitaux, 1896, nos 99 et 105.

ROTHMANN MAX. — Ueber acute transitorische aphasie (Berliner klinische Wochenschrift, 20-27 IV, 1903).

St H. SERRE. — L'aphasie nerveuse transitoire (Gaz. hebd. de Montpellier, 1881, no 22).

TOUCHE. — Etude anatomo-clinique des aphasies (Archives génér. de méd., septembre, octobre, novembre 1901).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 31 mai 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 31 mai 1907.
Le Recteur,
A. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	9
Introduction	11
Historique — Définition	12
Etiologie — Pathogénie	19
Symptomatologie	27
Diagnostic	32
Pronostic	37
Traitement	39
Observations	41
Conclusions	65
Bibliographie	67

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !